69e Année. 11e Série. Tome I. N° 1 1er Janvier 1898

# GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Rédacteur en chef : Dr Pierre SEBILEAU.

BIBLIOTHÈQUE MAR21 1900 LIBRARY

5126.

*A dater de ce jour les Bureaux de la Gazette Médicale de Paris sont transférés à l'*Institut de Bibliographie, *93, boulevard Saint-Germain, Paris.*

**Adresse télégraphique : A.P.S. — Paris.**

**Téléphone : 810.53.**

SOMMAIRE. — Clinique chirurgicale : Trois cas d'actinomycose cervico-faciale, par MM. Rochet et Martel. — Revue générale : Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires, par le Dr Emile Forgue *(suite et fin)*. — Société de Chirurgie (Séance du 27 décembre ; présidence de M. Delens) : De la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. — Kystes multiloculaires du cou. — Phlegmon périrectal à pneumocoques. — Suture tendineuse par anastomose. — Académie de Médecine (séance du 28 décembre) : Traitement des fractures par le massage et la mobilisation. — Les Livres.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Trois cas d'actinomycose cervico-faciale.

*Une forme nouvelle* hyperostosante; *une forme très atténuée; une forme commune.*

Par MM. Rochet et Martel (de Lyon).

L'actinomycose osseuse chez l'homme est très rarement primitive *(un cas : obs. d'Israël)*; ordinairement elle est secondaire et est consécutive à un envahissement des os par propagation de voisinage; les os atteints sont voisins de régions préalablement infectées.

Chez les animaux et surtout chez les bovidés, les lésions osseuses actinomycosiques se traduisent de préférence sous forme de *tumeurs* siégeant à l'angle du maxillaire : ces tumeurs revêtent le type de l'ostéosarcome.

Chez l'homme, au contraire, l'actinomycose, envahissant secondairement les os, revêt ordinairement, comme l'ont montré quelques observateurs, le type ulcératif ou de la carie osseuse, pouvant même aboutir à la nécrose osseuse. Mais à côté de cette forme, de beaucoup la plus fréquente, il en existe d'autres : *la forme néoplasique* et *la forme hyperostosante.*

a) *La forme néoplasique* rappelle le type néoplasique des bovidés et rentre dans le groupe des « sarcomes actinomycosiques » (1).

b) *La forme hyperostosante* limite ses effets à une réaction périostique agissant sur l'os atteint à la façon d'une irritation chronique et aboutissant, ou bien à l'hyperostose diffuse, ou à la production d'ostéophytes.

La forme hyperostosante est aussi différente de la forme néoplasique que de la forme ulcérative ou carieuse. L'observation suivante est le seul fait que nous connaissions d'hyperostose diffuse. Notre collègue M. Vallas nous a dit avoir observé un cas où il y a eu une production ostéophytique localisée, petite, sous forme d'épine au voisinage d'un foyer sous-maxillaire.

Voici notre observation, recueillie dans le service de M. le professeur Ollier, que nous avions l'honneur de suppléer.

OBSERVATION I

D. Z. Z., 31 ans, cultivateur, entré à la clinique le 10 février 1897. Aucun antécédent héréditaire tuberculeux ou néoplasique; à 23 ans, chancre de la verge, bubon suppuré, depuis lors aucun accident suspect de syphilis. Pas de blennorrhagie.

Le malade a longtemps couché dans une étable, côte à côte avec des bovidés, mais ne se souvient pas d'avoir eu

(1) Fessler : *Münch. Med. Woch*, 1889. — Ducor : *Gazette des Hôpitaux*, 1896; Académie de médecine, 1897. — Thollon : Du sarcome actinomycosique, th. Lyon, 1896.

jamais l'habitude de porter de la paille ou une autre herbe à la bouche.

Il y a environ deux ans, le malade eut une carie non douloureuse de la dernière grosse molaire inférieure gauche dont la couronne se cassa. Il ne s'est jamais autrement plaint des dents, quoiqu'il présente aussi une carie avancée de la dernière grosse molaire supérieure droite. Au mois d'août 1896, le malade ressentit, à la suite de quelques malaises généraux, des douleurs assez vives avec fluxion au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche. Un abcès se forma rapidement et, au bout de six jours, il fut incisé par le médecin du malade; il sortit un peu de pus crémeux : la sonde canelée passait sous l'angle de la mâchoire et des injections de sublimé à 1 0/00 furent faites quotidiennement pendant trois jours, elles ressortaient à l'intérieur du plancher buccal; ces injections étaient très douloureuses; le malade cessa tout traitement. Par la suite, les douleurs s'atténuèrent, mais cinq à six fois depuis, il se forma de petits abcès dans cette région; ils s'ouvrirent spontanément. Mais, à noter que, dès le début de l'affection, les arcades dentaires étaient serrées l'une contre l'autre, et le malade était réduit à user d'artifices pénibles pour pouvoir s'alimenter.

10 *février* 1897. — A son entrée à l'hôpital, le malade présente du côté gauche une tuméfaction assez considérable de l'angle de la mâchoire avec disparition du sillon sous-maxillaire; la tuméfaction s'étend à toute la région sous-maxillaire : les tissus sont indurés, cartonnés; la rougeur est un peu sombre, la douleur est presque nulle, excepté au niveau de l'angle de la mâchoire, où du reste la pression ne réveille pas une vive douleur. A ce niveau, existe un petit orifice fistuleux qui conduit sur l'os.

Le volume du maxillaire, malgré les difficultés de délimitation dues à l'induration des parties molles, paraît manifestement augmenté, au niveau de l'angle et au delà sur une étendue de 2 centimètres en haut sur la branche montante et de 3 centimètres en avant du côté du corps : mais la délimitation nette de la portion hyperostosée est très difficile. Il est d'autre part impossible d'explorer la cavité buccale et de juger de l'épaisseur du maxillaire. Il semble s'agir d'une poussée périostique augmentant l'épaisseur du maxillaire au niveau de l'angle et non d'une tumeur osseuse : il n'y a pas de déformation saillante visible à l'œil.

Dans la région sous-maxillaire droite, il existe une polyadénite indolore, mais avec ganglions assez volumineux, qui remonterait à huit ans, au moment des accidents génitaux; elle est restée et restera stationnaire jusqu'à l'ablation (19 juillet 1897).

L'examen du pus démontra nettement l'existence de *grains actinomycosiques* caractéristiques.

Le malade fut soumis immédiatement au traitement par l'iodure de potassium (2 à 4 grammes par jour), *mais sans amélioration.* Au bout d'un mois, le mal empirait, la tuméfaction augmentait et les douleurs étaient plus vives (ces dernières peut-être dues aux examens multiples dont le malade était l'objet); le trismus des mâchoires, n'ayant nullement cédé à des essais de dilatation progressive faits par le malade avec un coin en bois, était devenu de plus en plus gênant pour l'alimentation. Il n'existait ni céphalalgie, ni otalgie.

17 *mars* 1897. — L'opération est faite par M. Rochet assisté de M. Martel, chef de clinique. On fait une incision en L à l'angle de la mâchoire et on découvre un os très épaissi recouvert d'une couche périostique développée sur la face externe du maxillaire au-dessous du masséter; après désinsertion presque complète des attaches inférieures du masséter et du ptérygoïdien interne, M. Rochet fit la résection d'un petit fragment haut de 2 centimètres environ, long de 3 centimètres et d'une épaisseur moyenne de 16 millimètres emportant ainsi toute une portion de la région qui paraissait hyperostosée. Curettage des trajets; la plaie est laissée largement ouverte, un drain est mis à l'angle de la mâchoire.

Les suites furent très simples. Le malade, qui avait repris ses essais de dilatation de la bouche, pouvait, un mois plus tard, passer ses doigts entre ses arcades dentaires.

31 *mai.* — Le malade ouvre la bouche à deux doigts. Localement, la cicatrisation est complète.

10 *juillet.* — Jusqu'à cette époque, excepté pendant les quelques jours correspondant à l'opération, le malade a pris chaque jour 4 grammes de KI. L'état local est très satisfaisant : l'angle de la mâchoire est en partie reformé, ou du moins la déformation apparente est nulle. L'écartement spontané des mâchoires atteint 25 millimètres entre les rebords des incisives; la mastication est facile et nullement gênée. L'examen de la bouche montre les deux dents cariées dont le trismus, lors de l'entrée, aurait empêché de constater l'existence.

19 *juillet.* — Anesthésie, ablation des dents, et tout spécialement de la troisième grosse molaire inférieure gauche, dont la loge alvéolaire est enlevée à la pince-gouge; du reste, les racines de cette molaire sont atrophiées et réduites à des moignons; la couronne presque totalement détruite par la carie était recouverte par la gencive.

Nous profitons de l'anesthésie pour faire l'ablation des ganglions engorgés de la loge sous-maxillaire droite : ganglions charnus facilement énucléables. L'examen histologique nous a montré des lésions ordinaires de l'adénite inflammatoire chronique, sans trace du parasite actinomyce à leur intérieur.

Huit jours après, le malade partait très content et apparemment guéri de façon complète.

*Novembre* 1897. — Le malade nous écrit que l'état local est toujours excellent, sans trace de récidive, aucun abcès ne s'est formé, la mastication et l'écartement des

mâchoires ne sont nullement gênés. L'usage de l'iodure de potassium a été supprimé. Le malade accuse des bourdonnements d'oreille, mais pas de céphalée. Il a un peu maigri (2 kilogr.). Il y a encore un ganglion assez gros (grosse amande) dans la région sous-maxillaire, mais non douloureux du tout et très mobile.

*L'examen histologique* a été fait très complètement par M. Martel. En voici le résultat :

Le phragment osseux enlevé comprend l'angle de la mâchoire très épaissi (16 millimètres), il sur présente sa face interne, où la rugination a été superficielle, un aspect rugueux, mais ce qui frappe surtout, c'est l'existence d'une production osseuse surajoutée à l'os et d'origine périostique, sous forme de lame adhérente au maxillaire au niveau de la partie inférieure de la face externe, au niveau de l'angle de la mâchoire, et au niveau enfin de son bord inférieur, séparée dans le reste de son étendue du haut de la face externe du maxillaire par une gouttière profonde : la recherche des grains actinomycosiques dans ce sillon est infructueuse.

Les fragments sont fixés à l'alcool, ou au Flemming et décalcifiés lentement dans le mélange acéto-picrique.

*Examen des coupes* (Les coupes ont été faites perpendiculairement au bord inférieur du maxillaire.) : L'os maxillaire se reconnaît très aisément dans sa forme bien conservée quoique sa lame compacte de contour ait été légèrement érodée par quelques bourgeons vasculaires; il est recouvert sur toute son épaisseur par une production osseuse de nouvelle formation doublant son épaisseur. Le périoste, assez épais sur la face interne de l'os, forme sur la face externe une véritable tumeur dont le centre est occupé par l'exostose périostique. Les différentes couches périostiques sont très-nettement distinctes : la couche externe ou gaine tendiniforme épaissie forme un surtout complet à l'ensemble de la coupe, engainant dans ses portions périphériques quelques fibres musculaires atrophiées et étouffées des muscles masticateurs. Les faisceaux épais de cette couche se colorent très énergiquement, surtout au voisinage des néoformations osseuses. En certains points et sur les limites de l'exostose les faisceaux profonds de cette couche sont doublés d'une traînée de cellules embryonnaires très petites à noyaux fortement colorées qui rappellent la couche ostéogène (Ollier).

Le travail ostéogénique assez développé sur la face interne du maxillaire, atteint un grand développement sur la face externe : partant du bord inférieur du maxillaire, les trabécules osseuses de néoformation doublent la face externe de l'os et d'autre part s'étendent perpendiculairement en dehors dans l'épaisseur de la tumeur périostique; elles y donnent naissance à une production osseuse de 4 à 5 millimètres de diamètre : cette exostose ainsi considérée sur une coupe perpendiculaire, revêt la forme d'un point d'interrogation appuyé par sa queue sur le bord inférieur du maxillaire. C'est dans la couche profonde du périoste que s'est produite cette néoformation : en dedans d'elle, se voit la rigole séparative qui la détache du maxillaire, rigole ainsi tapissée sur les deux faces par des néoformations osseuses; cette rigole est comblée par du tissu conjonctif très vascularisé, parcouru de vaisseaux capillaires ou embryonnaires qui le trouent à la façon d'un écumoir; tout autour, des pointes d'ossification s'allongent vers le centre tendant à combler cette sorte de grande cavité médullaire à type embryonnaire.

L'os néoformé est remarquable par l'épaisseur des trouées osseuses : au centre de l'exostose, on a du tissu osseux adulte avec ostéoblastes nombreux disposés en rangées sans systématisation havérienne. A la périphérie, du côté de la gaine tendiniforme périostique, de nombreuses fibres osséincisées se perdent dans cette gaine, montrent les points d'accroissement de l'os périostique; ces fibres reparaissent dans les espaces médullaires de l'exostose réunissant entre eux les îlots osseux par d'élégantes jetées arciformes fortement teintées par les réactifs. Un autre point, non moins intéressant, est l'existence d'un grand nombre d'ostéoblastes accolés en couronne à la périphérie des points osseux et donnant à plusieurs d'entre eux l'aspect hérissé d'une masse d'armes. Les espaces médullaires de l'os néoformé présentent le type de la moelle fœtale si richement vascularisée.

En résumé, la production périostique est calquée d'une façon complète sur le type du développement de l'os périostique.

Le travail d'ostéite raréfiante n'existe pas sur l'os maxillaire : à part l'interruption de la continuité de la ligne compacte, on ne trouve ni dans les cavités médullaires, ni dans les altérations de la substance compacte des signes suffisants pour faire admettre une ostéite raréfiante du corps du maxillaire.

Il s'agit ici uniquement d'une excitation du périoste abousissant à une riche production ostéophytique étendue en nappe.

Dans aucune coupe, il n'a été trouvé de grains actinomycosiques.

Ce fait découvre, pour l'actynomicose du moins, une *propriété hyperostosante* spéciale, qu'elle ne met pas souvent en jeu et qu'on lui a, à peu près, complètement refusée. Presque tous les auteurs qui se sont occupés du mode d'action de l'actinomycose, dans son développement à l'intérieur des tissus, ont insisté sur son action destructive dans les formes ulcératives ordinaires et sur son action, pour le moins substitutive et atrophiante, dans les formes néoplasiques.

Les os actinomycosiques sont toujours, dit-on, caractérisés par la raréfaction progressive; un travail

très net d'ostéite raréfiante diminue l'épaisseur de la substance compacte, augmente les cavités médullaires et l'absence d'hyperostose, même dans les formes pseudo-sarcomateuses, est un signe de valeur importante. Ce travail d'ostéite aboutit même à la production de séquestres.

Le fait est maintenant classique : dans l'actinomycose cervico-faciale développée au voisinage du maxillaire, au début tout au moins, l'affection est localisée dans les parties molles, « malgré l'apparence antérieure de gonflement osseux, il n'y a pas d'ostéite ou de dénudation maxillaire : *l'inflammation est pariétale* (1). »

Cependant, plus tard, il peut se développer des modifications de squelette, mais ce sont ordinairement des lésions destructives ; le périoste est détruit, l'os érodé, plus friable, se laisse émietter par le rugine, c'est une carie superficielle. Au niveau du maxillaire, le type ordinaire est l'ostéo-périostite banale (obs. II, obs. III), périostite alvéolo-dentaire et altération superficielle du maxillaire avec légère dénudation par propagation secondaire de voisinage des lésions des parties molles.

Dans la forme néoplasique humaine rappelant les formes sarcomateuses des bovidés (obs. de Fessler, obs. de Ducor), on retrouve les lésions de l'ostéite raréfiante beaucoup plus prononcées : « Les examens histologiques démontrent l'agrandissement des espaces médullaires qui renferment un grand nombre des cellules embryonnaires, des corpuscules graisseux, des globules sanguins, des éléments cellulaires nombreux plus ou moins dégénérés. Les trabécules osseuses ramollies se laissent quelquefois couper avec les fongosités et sont le siège d'une raréfaction évidente. Au voisinage des lésions, dans les points où la moelle est conservée et seulement congestionnée, on ne trouve aucune trace d'hypérostose trabéculaire ». (Gangolphe.)

Cette absence de réaction du tissu osseux est donc regardée comme une des principales caractéristiques de la lésion osseuse d'origine actinomycosique. Cependant on a déjà signalé quelques épaississements du maxillaire, quelques productions de rares ostéophytes, mais sans jamais atteindre le développement en surface, ni l'uniformité d'évolution rencontrés dans l'observation I.

Pour faire admettre l'origine actinomycosique des productions ostéophytiques, qui constituent ici les lésions principales, la constatation de grains jaunes dans les coupes aurait peut-être une valeur presque décisive : cette constatation manque, aussi bien qu'elle fait défaut dans beaucoup d'autres examens histologiques portant sur des lésions qui n'ont pas moins été attribuées à l'actinomycose. L'action pyogène du champignon est établie ; quant aux relations de symbiose de ce parasite avec les microbes ordinaires de la suppuration, elles sont encore à l'étude, et surtout il est jusqu'ici impossible de faire la part respective de ces agents divers dans les lésions osseuses. Ainsi, nous ne pouvons admettre que l'on puisse dire que la prolifération osseuse soit attribuable uniquement à l'influence des infections secondaires : les formes ostéophytiques de la tuberculose, fort comparables en l'espèce, prouvent que la réaction du tissu osseux n'est pas toujours univoque ; Bollinger voit plutôt dans la différence de réaction du tissu osseux un effet de la virulence variable de l'actinomycose : ainsi explique-t-il la différence des formes humaines et animales.

Au reste, dans l'observation de Ducor, il est dit que la recherche méthodique d'autres microbes dans les coupes est restée négative, à part l'actinomycose. Dans notre cas, il s'agissait d'une forme fistuleuse soumise aux mêmes conditions d'infections banales que toute actinomycose bucco-faciale fistuleuse et cependant la réaction osseuse a revêtu un type opposé au type classique : *l'hyperostose, les ostéolytes se sont produits dans les conditions où d'ordinaire il y a ostéite destructive et nécrosante.*

Outre le kyste spécial que présente ce cas d'actinomycose du maxillaire inférieur, il est encore intéressant par l'heureuse influence qu'a eue l'intervention sur l'évolution de l'affection ; cette marche tendrait encore, avec le caractère proliférant mais non ulcératif de la lésion osseuse, à faire catégoriser ce type clinique dans les formes à virulence atténuée.

Nous allons maintenant rapporter l'observation d'une actinomycose encore plus bénigne, plus limitée, et qui nous paraît réaliser le type le *plus localisé* et le *plus atténué* de l'infection actinomycosique.

OBSERVATION II

V. Z..., 25 ans, domicilié à Saint-Fons, entre le 19 janvier 1897 à la clinique de M. Ollier ; il est ouvrier dans une usine où il utilise souvent de la paille, il se sert souvent de ses dents pour rompre de la paille ou même volontiers emploie un fétu de paille pour cure-

(1) Rochet : Actinomycose humaine (*Gazette hebdomadaire*, avril 1893).

dents. Il a toujours eu une mauvaise dentition et a souvent souffert des dents.

Il y a deux mois et demi, le malade ressentit d'assez vives douleurs dentaires du côté droit de la mâchoire inférieure, quelques signes d'inflammation subaiguë se produisirent; tandis que la douleur s'atténuait, un petit abcès se formait au-dessous du rebord du maxillaire inférieur au voisinage de l'angle de la mâchoire. L'abcès s'ouvrit spontanément en quinze jours, la suppuration dura huit jours: pus jaunâtre, assez épais.

Une nouvelle poussée inflammatoire décida le malade à entrer à la Clinique.

A l'entrée: petit abcès sous-cutané au voisinage de l'ancienne fistule, abcès du volume d'une noisette reposant sur une surface légèrement rouge, un peu indurée dans la profondeur, mais semblant n'intéresser que la peau sur une étendue de trois à quatre centimètres cubes; on ne constate pas, en effet, d'adhérences profondes et les tissus glissent assez facilement sur l'os.

Pas de trismus; pas d'adénite sous-maxillaire, ni cervicale. Dentition très mauvaise: nombreux chicots ou dents cariées des deux côtés et aux deux mâchoires.

20 *janvier*. — M. Martel incise l'abcès: pus mal lié, contenant de nombreux grains d'actinomycose.

Le malade est soumis au traitement ioduré (KI 2 gr. par jour) et à des lavages buccaux fréquents. Au bout de quelques jours, le malade prend un érysipèle de la face débutant par les points lacrymaux; érysipèle très bénin.

2 *février*. — On procède à un lavage des trajets cutanés et à l'ablation de toutes les dents mauvaises; ablation au davier-gouge du rebord alvéolaire correspondant aux dents malades du maxilaire inférieur, côté droit, badigeonnage à la teinture d'iode.

Traitement consécutif : irrigations buccales, attouchements à la teinture d'iode des plaies cutanées et du rebord ginginal, KI 2 gr.

25 *novembre* 1897. — Le malade est venu en excellent état; il a continué à prendre de KI à la dose de 2 grammes jusqu'à la fin de mars. Depuis, il a cessé tout traitement et se contente de prendre des soins de propreté de la bouche. L'état local est très bon; aucun abcès ne s'est formé; la guérison paraît obtenue complète.

Voici, enfin, une dernière observation qui rentre dans celles du type cervico-facial classique, bien connu à l'heure actuelle, qui dure longtemps, s'accompagne de grosses lésions inflammatoires, et demande des interventions répétées pour être enrayé.

OBSERVATION III

Mme M..., 22 ans, domicilié à Lyon, entre le 19 février 1896, à la Clinique, pour un abcès au sein gauche consécutif à un accouchement.

La malade a toujours habité Lyon, et n'a fait aucun séjour à la campagne. Cependant, à l'âge de 4 ans, elle a habité quelque temps au-dessus d'un magasin à foin; elle ne se rappelle pas avoir mis de la paille, ni de l'herbe à la bouche.

Bonne santé habituelle ; mais durant son enfance, elle eut des maux de dents fréquents. Environ un an avant d'entrer à l'hôpital, elle aurait eu un abcès au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit; cet abcès se développa sans douleur, et s'ouvrit spontanément, mais resta fistuleux. Le 8 décembre 1895, elle souffrit de douleurs sourdes dans la joue droite et ressentit de la gêne de la mastication; au bout d'un mois, la malade ne pouvait plus ouvrir la bouche, et était réduite à manger de la soupe. (La malade accoucha le 16 janvier 1896, un abcès au sein se déclara, et quelques jours plus tard la malade se présentait à la Clinique.)

A son entrée, on nota une induration phlegmoneuse au niveau de l'angle de la mâchoire à droite, avec un trajet fistuleux donnant issue à du pus; l'écartement des mâchoires était impossible.

Plusieurs recherches dans le pus furent d'abord négatives : la malade fut cependant soumise au traitement iodurée (KI : 1 gr. par jour) sans aucune amélioration; l'abcès du sein était guéri sous pansements antiseptiques ordinaires; au contraire la lésion cervico-faciale s'était accrue, de nouveaux trajets s'étaient formés.

L'examen du pus dénota des grains actinomycosiques typiques qui furent cultivés sur pomme de terre.

M. Ollier fit alors un curetage soigneux des trajets fongueux Quinze jours après, on dut ouvrir de nouveaux foyers. Enfin une troisième intervention, faite un mois après la première, consiste dans un curetage étendu et vigoureux des trajets, écartement forcé des mâchoires, ablation des dents malades du côté atteint, à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure, ablation du rebord alvéolaire au davier-gouge, puis badigeonnage à la teinture d'iode de tous les points intéressés.

Cette intervention amena une sédation rapide : presque de suite la malade put ouvrir la bouche. Le traitement consécutif consiste en deux ou trois pansements avec badigeonnage à la teinture d'iode, des irrigations buccales fréquentes et l'usage de KI (5 gr. par jour).

La malade fut gardée quelques temps en observation, et quitta la clinique le 28 avril; l'écartement des mâchoires était normal et la cicatrisation complète.

La malade, revue en août 1897 (seize mois après), est en excellent état; les cicatrices cervicales à tendance chéloïdienne ont presque totalement disparu, et aucune trace de récidive locale ou éloignée ne semble menaçante.

L'angle de la mâchoire est un peu épaissi, les tissus mous sont souples. La malade après sa sortie a continué pendant trois mois à prendre chaque jours 5 grammes de KI, puis a cessé tout traitement.

**Réflexions.**

Dans ces trois faits, le traitement a consisté essentiellement, par des interventions de nombre varié, à faire un nettoyage complet et rigoureux, non seulement de lésions des parties molles mais aussi de la cavité buccale. L'avulsion des dents cariées paraît être un temps nécessaire de l'intervention ; les dents cariées sont souvent le point de pénétration du parasite; c'est au moins un temps utile pour assurer l'antisepsie buccale; mais l'avulsion des dents nécessite souvent une nouvelle anesthésie, le trismus empêchant ce temps opératoire au moment de la première intervention. A l'avulsion des dents nous avons toujours joint l'abrasion du rebord alvéolaire à la pince-gouge et la destruction plus ou moins étendue de la muqueuse gingivale malade.

Il est surprenant de voir combien ces désordres, étendus en apparence de suite après l'intervention, se réparent rapidement et, les cicatrices cutanées s'atténuant avec le temps, la difformité devient insignifiante chez les malades revus à une assez longue distance (obs. I et II).

Le trismus, l'un des accidents les plus constants, les plus précoces (A. Poncet), et les plus pénibles a cédé rapidement chez nos trois malades soit à la simple intervention portant sur les téguments, soit (obs. I) à la résection de l'angle de la mâchoire. Cette dernière intervention a joué en fait un rôle analogue à la désinsertion musculaire proposée par Le Dentu et Kocher contre la contracture spasmodique des mâchoires : il s'agit toujours dans ces cas d'une contracture réflexe. Ce n'est du reste que lorsque le trismus a disparu que l'on peut procéder au nettoyage de la cavité buccale et à l'avulsion des dents cariées.

L'antisepsie buccale doit être très surveillée. Le pansement des plaies a été fait à la teinture d'iode, médicament analogue à l'iodure de potassium. L'iodure de potassium regardé quelquefois comme spécifique, ou du moins très utile (Thomassen), sinon spécifique, a paru dans les trois cas d'une efficacité douteuse : quoique n'ayant pas fait cesser les accidents avant l'intervention, l'usage en a été continué après, pendant une période de plusieurs mois, à la dose quotidienne de 3 à 5 grammes.

Les reproches dont est passible ce médicament sont surtout de provoquer des troubles digestifs et d'amener l'amaigrissement. C'est en tout cas plutôt grâce au traitement énergique appliqué à la lésion *in situ* et aussi aux soins hygiéniques de la bouche, que l'on doit attribuer l'excellent état de nos malades qui, actuellement, ont une guérison datant respectivement de neuf mois, dix mois, dix-huit mois.

En dépouillant du reste avec soin la plupart des observations publiées, on s'aperçoit que, dans les cas guéris ou améliorés, l'administration de l'iodure a toujours été associée à un traitement chirurgical (ouverture, raclage ou cautérisation des trajets et des foyers). Il n'est pas encore bien prouvé que l'iodure puisse, à lui seul, faire rétrocéder complètement des lésions actinomycosiques parvenues au degré où on les voit ordinairement en clinique. Il faut encore de nouveaux faits pour se bien convaincre de sa prétendue spécificité même contre les formes localisées et bénignes de l'infection. En tous cas, quand la lésion n'affecte plus seulement les parties molles, mais a retenti du côté du squelette, l'expérience montre (et notre malade n° 1 en est une preuve) que l'iodure ne peut pas grand'chose contre la complication osseuse, et *a fortiori* quand cette complication, au lieu d'être simplement hyperostosante est carieuse.

Quant à la question de la guérison durable et définitive de l'actinomycose, c'est encore là un point qui doit rester à l'état d'interrogation jusqu'à nouvel ordre. Peut-on guérir tout à fait, et se dire débarrassé complètement d'une infection actinomycosique? Et en revoyant les malades longtemps, très longtemps après leur guérison apparente, en peut on trouver qui soient définitivement à l'abri de récidives? Voilà ce que la recherche patiente des malades qu'on a pu observer et traiter, et surtout le temps, nous permettra d'affirmer ou de nier. Peut-être faut-il se méfier de la guérison apparente; certains faits tendent déjà à démontrer la fréquence des récidives sur place; d'autres apprendront si des sujets guéris d'une actinomycose cervico-faciale, par exemple, peuvent succomber plus ou moins longtemps après leurs accidents initiaux, à une actinomycose thoracique ou abdominale par exemple.

---

**Le Dr Koch en Afrique.** — M. le Dr **Koch**, invité par le gouvernement indien à venir à Bombay pour étudier les épidémies qui font tant de victimes, n'a pas cru devoir se rendre à cette invitation. Il restera encore plus d'une année dans l'Afrique orientale où il se livre à de longues recherches sur les épizooties.

# REVUE GÉNÉRALE

## Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et les infections des voies biliaires (1).

Par le Dr Emile Forgue,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

(*Suite et fin.*)

### B. — Choix de l'intervention.

Les opérations dont dispose la chirurgie biliaire portent soit sur la vésicule, soit sur les canaux d'excrétion, le cholédoque surtout, le cystique parfois, les ramuscules dilatés exceptionnellement.

Les premières sont au nombre de quatre : 1° la *cholécystectomie* qui extirpe la vésicule, opération que Langenbuch inaugura avec succès le 15 juillet 1882; 2° la *cholécystotomie* qui se borne à l'ouvrir, intervention déjà pratiquée par J.-L. Petit; 3° la *cholécystostomie* qui l'ouvre et l'abouche à la peau, opération faite en deux temps par Thudicum, dès 1859, en un temps par Bobbs, dès 1867, répétée sans succès par Marion Sims 1877, exécutée heureusement par König en 1882, et vulgarisée par Lawson Tait; 4° la *cholécystentérostomie* qui abouche la vésicule à l'intestin, intervention pratiquée pour la première fois par Winiwarter en 1882.

Les secondes comprennent surtout des opérations portant sur le cholédoque : 1° la *cholédochotomie*, ou incision du cholédoque, dont l'idée première appartient à Langenbuch, et dont la première réalisation est due à Kümmel en 1884; 2° la *cholédochothripsie* ou broiement des calculs dans le canal, intervention inaugurée par Langenbuch; 3° le *cathétérisme* désobstruant des voies biliaires, manœuvre souvent associée à la cystostomie; 4° quelques opérations portant sur le cystique — *cysticotomie* ou incision du canal; *cysticolithothripsie* ou broiement sur place des calculs enclavés dans le conduit cystique; 5° une intervention exceptionnelle, la *cholangiostomie*, pour employer le mot de Baudoin, consistant en l'incision des radicules biliaires dilatées. Enfin, il y faut joindre les opérations atypiques : laparotomie exploratrice, ruptures d'adhérences.

Au total, cette question de médecine opératoire, que complique sa terminologie, se simplifie en pratique. C'est surtout entre la cholécystostomie et la cholécystectomie que le débat clinique se pose habituellement. Deux noms dominent ce débat : avec une égale expérience, Langenbuch et Lawson Tait patronnent, comme intervention presque exclusive, le premier la cholécystectomie, le second la cholécystostomie En France, des documents très étudiés se sont dégagés des travaux de Terrier et des communications récentes apportées à la Société de Chirurgie; si bien que ce parallèle peut maintenant se débattre chez nous avec une contribution suffisante de faits cliniques. — Une opération, jusqu'à présent négligée en France, a pris aussi un développement prééminent : c'est la cholédochotomie, grâce à laquelle la chirurgie est désormais aussi puissante contre les calculs du cholédoque que devant ceux de la vésicule biliaire et du cystique. En 1892, Terrier en avait recueilli dix-sept faits; Lepetit avait porté ce chiffre à vingt; Quénu, en mai 1895, en colligeait une cinquantaine; Jourdan (1), dans sa thèse étudiée et claire, a pu en rassembler soixante-douze observations. En revanche, la *cholécystentérostomie* a vu diminuer ses indications; et l'opinion que nous émettions sur ce point dans la première édition de notre *Traité de Thérapeutique* s'est trouvée confirmée. Quant à la *cholécystotomie idéale* de Bernays, *cholécystendise* de Courvoisier (incision de la vésicule, évacuation et nettoyage de ses parois, suture et réduction dans l'abdomen) elle ne saurait convenir qu'aux hydropisies simples et aseptiques de la vésicule, avec parois peu altérées, la perméabilité des voies biliaires étant certaine; mais ces conditions même indiquent sa rareté d'application. « Pour moi, écrit Kehr (2), d'une si grande compétence, la cholécystotomie idéale n'existe plus. »

1° Indications de la cholécystostomie. — Terrier l'a formulé nettement, au Congrès de Chirurgie de 1895 : « Dans les cas où les voies biliaires directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'une inflammation déterminant des accidents fébriles intenses continus, ou avec exacerbation, il est indiqué d'intervenir par une laparotomie, d'ouvrir la vésicule et de laisser cette ouverture béante à la peau, en un mot de pratiquer la cholécystostomie. » — Grâce à la laparotomie exploratrice, en effet, on

(1) Extrait de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, n° 101, p. 1202, 19 décembre 1897.

(1) Jourdan : *De la cholédocotomie.* Thèse de Paris, 1895.

(2) Kehr : *Die chirurgische Behandlung der Gallenstein-krankheit*, Berlin, 1896.

se rend compte de l'état des voies biliaires accessoires, canal cystique et vésicule, on examine les voies principales, cholédoque, et l'on procède à la suppression des calculs s'ils en existe; grâce, d'autre part, à l'issue de la bile septique, on réalise la désinfection radicale des voies hépatiques.

C'est dans cette action sur l'infection des voies biliaires — infection causale dont la production calculeuse n'est le plus souvent que l'expression — qu'il faut chercher les raisons de la supériorité actuellement affirmée en faveur de la cholécystostomie, dans le traitement de la lithiase vésiculaire. Les Anglais, avec Lawson Tait, l'ont toujours soutenue : dans la première édition de notre Traité, nous avions conclu à sa prééminence et l'on nous avait reproché ces conclusions; or, les travaux récents nous ont donné raison. « La cholécystectomie perd du terrain dans la cure opératoire de la lithiase biliaire », écrivait Martig en 1893, dans une bonne étude critique. « Je considère, dit Kehr, la cholécystostomie comme l'intervention normale dans la cure opératoire de la lithiase vésiculaire. » En France, où, jusque dans ces dernières années, la cholécystectomie était pratiquée avec prédilection, comme le remarque Martig, tandis qu'elle entrait en discrédit dans la chirurgie allemande et suisse, la cholécystostomie prend maintenant le premier rang dans le traitement de la lithiase vésiculaire, ainsi qu'en témoignent l'important article de Lejars (1), les deux communications claires et précises de Tuffier et la discussion qu'elles ont soulevée à la Société de chirurgie en 1896.

Quelle est, de la cholécystostomie ou de la cholécystectomie, l'opération la plus bénigne, la plus simple, la plus efficace, dans le cas de lithiase vésiculaire ? C'est sur ces trois points que porte le débat.

« La vésicule peut être supprimée sans trouble grave des fonctions digestives, déclare Langenbuch; elle manque chez maintes espèces; nous voyons vivre sans elle une belle série d'opérés. » Cet argument ne saurait suffire à établir la légitimité de sa suppression. Et les statistiques ici produites ne sauraient trancher la question; celles de Courvoisier nous montrent que les deux opérations ne diffèrent guère.

Au point de vue de la simplicité, il est réel qu'*à priori* la taille de la vésicule, avec fixation à la paroi, est supérieure à l'ablation de l'organe. Toutefois, il est juste d'observer, avec Michaux, que cette simplicité est souvent plus théorique que pratique, il faut procéder, dans une vésicule petite et scléreuse, à l'extraction malaisée des calculs, amener difficilement sa paroi rétractée jusqu'à la peau, la dégager des adhérences.

Mais, en pareils cas, la cholécystectomie sera aussi malaisée. Or, c'est alors surtout qu'elle serait indiquée par les altérations pariétales de la vésicule, lésions fréquentes dans la cholélithiase, bien étudiées par Janowski, Delbecque, Souville. En de semblables conditions, la cholécystostomie nous paraît plus bénigne; car on peut la pratiquer en deux temps, ou créer entre la vésicule, trop rétractée pour être conduite à la paroi, et cette dernière, un canal isolé du péritoine, soit en décollant la séreuse pariétale, à la façon de Lendner, et en l'amenant en entonnoir jusqu'à la surface de l'organe altéré, soit en utilisant, à l'instar de Terrier, les débris d'adhérences et l'épiploon voisin ramassés par des sutures autour d'un tube à drain et d'un tampon de gaze.

En enlevant la vésicule, dit Langenbuch, vous supprimez du même coup le mal et son siège de production, « les pierres et la carrière ». Mais la vésicule, si elle est le foyer principal de formation des cholélithes, n'en est pas le foyer exclusif. Landerer, en 1884, et Thornton, en 1887, n'ont-ils point dû faire une véritable hépatotomie, c'est-à-dire se frayer le passage vers les calculs biliaires à travers le tissu du foie ? Une pièce de Weigert est citée par Hirschberg : en dehors de pierres occupant le cystique et le cholédoque, on pouvait constater la présence d'un grand nombre de calculs encombrant les conduits biliaires secondaires. Parkes, au cours de l'opération, ne trouva pas de calculs dans la vésicule : quelques jours après, il put extraire cinq pierres du poids de trente grammes. Hofmokl fit, après incision de la vésicule, l'extraction de treize calculs : dans les jours suivants, il en vit sortir vingt-quatre autres dont l'exploration attentive ne lui avait point montré la présence.

Cette migration secondaire de calculs extracystiques est grosse de périls si la voie du cholédoque est barrée. Or la perméabilité du cholédoque reste trop souvent un point d'interrogation. Sans doute, l'absence d'ictère, la coloration normale des fèces permettent de l'affirmer, mais combien d'erreurs possibles ! Des débâcles intermittentes peuvent se produire par hypertension en amont de l'obstacle, que J.-L. Petit comparait déjà aux mictions « par regor-

(1) Lejars : Contribution à l'étude des indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie (*Revue de Chirurgie*, 10 septembre 1896).

gement » et qui permettent « aux malades atteints de rétention de bile de rendre des excréments bilieux sans que l'on puisse conclure que la bile ait repris un cours libre ». Un calcul émigré des conduits hépatiques peut s'enclaver après l'opération et déterminer une occlusion secondaire, d'autant que, suivant la remarque de Georges Harley, des bouchons de bile épaissie sont capables, aussi bien qu'un calcul, d'obstruer le cholédoque. Il n'y a qu'une chance alors pour l'opéré : c'est que la ligature placée sur le col de la vésicule cède, que des adhérences aient eu le temps de préserver la séreuse, et qu'il se fasse une issue cutanée vers la plaie. L'opéré de Terrier a eu ce bonheur. En présence d'une semblable éventualité, la cholécystostomie est l'opération de prudence, assurant l'évacuation des petits calculs des conduits hépatiques, drainant la bile infectée et par là même combattant la reproduction calculeuse, permettant le cathétérisme ultérieur ou les autres procédés de désobstruction des voies biliaires.

Le rétablissement de la circulation biliaire normale se réalise parfois en des conditions imprévues. On a trouvé, dans le cas d'une lithiase vésiculaire, un calcul enclavé dans le col ou le cystique : il a été impossible de l'enlever; la muqueuse saigne; le conduit rétracté est profond, difficile à inciser : or, après quelques semaines, sous la poussée biliaire, sous l'action d'irrigations, le calcul se délite, se dégage, sort dans le pansement. On a vidé une vésicule qui ne contient que du pus ou un liquide décoloré filant, et l'on voit peu après, le soir même, dans le cas de Jalaguier, la bile faire irruption par la bouche cutanée.

Ce n'est point au cystique seulement que s'observent ces désobstructions secondaires : on les observe aussi pour le cholédoque. Quand la gravité de l'état général, l'infection biliaire dénoncée par la fièvre, ont, dans le cas d'une obstruction calculeuse du cholédoque, forcé le chirurgien à écarter la cholédocotomie d'emblée et à pratiquer la cholécystostomie préliminaire, il peut arriver par la suite — et quelques faits le prouvent — que le calcul désagrégé par les irrigations se déplace et que le cholédoque se perméabilise, d'autant que nous savons le rôle obstruant de l'inflammation de la muqueuse des voies biliaires et que la fistule, par son action désinfectante, entraîne la régression de cet épaississement inflammatoire. Il ne faut point compter, dans ce but, sur le cathétérisme des voies biliaires par la fistule : ces manœuvres produisent souvent des hémorrhagies d'une haute gravité, même avec les sondes en gomme. Fontan a proposé les injections d'éther par quelques gouttes instillées avec la seringue de Guyon : il est possible que leur action dissolvante ait quelque valeur quand les conduits sont oblitérés par une boue biliaire, mais il est douteux qu'elle puisse s'exercer sur un gros calcul enclavé.

La permanence d'une fistule biliaire est assurément la plus sérieuse objection à la cholécystostomie. Les exemples, toutefois, sont assez nombreux de malades gardant, malgré cette déperdition biliaire, un état général satisfaisant : tels le patient de Krumpt mann perdant pendant huit ans une quantité journalière de 240 à 270 grammes; le malade d'Israël évacuant, chaque jour, pendant dix mois, un litre de bile. — Mais, en général, l'écoulement biliaire se tarit entre une semaine et deux mois : quand il persiste, c'est que l'obstruction cholédocienne est complète; et mieux vaut assurément subir les inconvénients digestifs de l'acholie intestinale que le péril de l'intoxication par la cholémie : cette permanence de l'occlusion devient d'ailleurs une indication soit à la cholédocotomie secondaire, soit à la cholécystentérostomie.

2° Indications de la cholécystectomie. — La cholécystostomie tend donc à devenir l'intervention de choix dans la lithiase vésiculaire; mais la cholécystectomie y garde des indications. Elle a pour conditions indispensables l'asepsie des voies hépatiques et la perméabilité, *actuelle* ou *ultérieure* du cholédoque : ce que peut établir l'exploration, confirmant les données cliniques fournies par l'absence du syndrome de la rétention biliaire.

Dans la lithiase, elle a pour indication principale la localisation à la vésicule de l'affection calculeuse. Une seconde indication, moins nette, est fournie par les lésions graves de la vésicule infectée, lésions incompatibles avec sa conservation; mais il arrive alors que ce qui constitue son indication crée sa difficulté d'exécution et que, devant les adhérences, la friabilité pariétale, la rétraction profonde du cholécyste, le chirurgien doit abandonner son extirpation. Si bien que, par opposition avec ceux qui la croient indiquée par les lésions vésiculaires, il est des chirurgiens qui ne l'admettent que quand elle est facile : « Peu d'adhérences; c'est véritablement, dit Tuffier, une poire à cueillir, il n'y a que la queue à couper. » Et, de fait, la cholécystectomie perd sa bénignité, quand la vésicule est adhérente au foie et aux viscères

voisins; il est plus simple de l'ouvrir et de la nettoyer que de la décortiquer.

Dans les affections non calculeuses, elle est l'opération idéale et complète, bien que les observations en soient rares, pour le cas d'une hydropisie claire et aseptique de la vésicule : « il faut, dit Terrier, enlever la vésicule distendue, comme on fait d'un kyste de la face inférieure du foie ». Dans l'hypothèse d'un empyème de la face vésiculaire, l'indication est moins nette : il faudrait que l'occlusion du cystique ait transformé la vésicule en une poche purulente bien isolée, enlevable comme un pyosalpinx, sans aucun accident infectieux du côté des voies biliaires ou du foie. Mais alors, les difficultés y sont considérables, venant surtout des adhérences; et quand on passe de la théorie aux faits, on voit, comme l'a fait remarquer Longuet, que la cholécystectomie, méthode de choix pour les distensions vésiculaires non calculeuses, n'a été que rarement applicable et que la cholécystostomie semble destinée à rester pour ces cas l'opération courante.

3° Indications de la cholécystentérostomie. — Un néoplasme inopérable, comprimant le cholédoque, est trouvé par la laparotomie exploratrice; c'est là la meilleure indication de la cholécystentérostomie, favorisée alors par la dilatation de la vésicule. Dans les obstructions calculeuses, avec cholécyste réduit et rétracté, cette intervention est d'applications restreintes. Elle peut se heurter, par les faibles dimensions de la vésicule, à des difficultés insurmontables. Est-elle réalisable, elle n'est que palliative et ne saurait convenir qu'aux cas compliqués de fistules biliaires incurables succédant à une cholécystostomie préliminaire et à l'impossibilité d'une cholédocotomie secondaire.

Il s'en faut d'ailleurs que cette anastomose entérocystique, si rationnelle puisqu'elle conserve aux malades la sécrétion biliaire et assure l'alcalinité du contenu intestinal, indispensable à la digestion, soit sans inconvénient; elle en présente un sérieux, sur lequel Dujardin-Beaumetz a apporté son observation personnelle : c'est l'infection hépatique ascendante. Produite par la pénétration des microbes intestinaux par l'ouverture fistulaire, elle se traduit par des accès de fièvre : tantôt ils se montrent isolément, tous les quatre à dix jours; tantôt au contraire ils se suivent pendant un certain nombre de jours, trois à quatre jours, et reviennent alors à heures à peu près fixes. Ils durent de quatre à six heures : ils sont précédés d'un état général de courbature, s'accompagnent quelquefois de vomissements et de douleurs d'estomac et se terminent par un affaiblissement des forces. Ce qui les distingue des accès intermittents palustres ce sont les deux points suivants : l'irrégularité de leur apparition d'une part, et de l'autre la résistance qu'ils présentent à une médication quinique; quelle que soit la dose employée, on ne peut en modifier ni l'heure d'apparition, ni l'intensité. Ces accès laissent à leur suite un affaiblissement général et un état de coloration des tissus caractérisé surtout par de la mélanodermie et qui font beaucoup ressembler les individus ainsi atteints d'infection hépatique par voie intestinale, aux malades atteints de cachexie palustre. Quelquefois à la teinte foncée de la peau vient se joindre un véritable subictère déterminé par un ictère infectieux accompagnant l'accès fébrile. On retrouve alors dans les urines, de la bilirubine et pendant les périodes d'accès presque toujours de l'urobiline. Lorsque ces accès de fièvre dus à l'infection hépatique se produisent dans les jours qui suivent l'opération, ils présentent un haut degré de gravité et entraînent la mort du sujet qui ne peut résister après le choc opératoire à cet accès. Lorsque au contraire ils se produisent tardivement, six semaines à deux mois après l'opération, le malade peut résister, mais à partir de ce moment, l'amélioration que l'on constatait après l'opération cesse et le malade se trouve alors, par suite de ces infections successives du foie, qui modifient profondément les fonctions de la cellule hépatique, dans des conditions d'infériorité vitale qui lui permettent de devenir facilement la proie des maladies intercurrentes.

4° Indications de la cholédocotomie. — La cholédocotomie est le procédé de choix pour l'obstruction calculeuse du cholédoque; mais la cholécystostomie préliminaire y devient parfois un procédé de nécessité. Chez un ictérique ancien, en proie à la dénutrition, à lésions hépatiques probablement avancées, parfois atteint de complications rénales ou cardiaques, incapable de supporter une intervention de quelque durée, on peut être contraint, comme l'admettent Jourdan et Vautrin, à se borner à une simple cholécystostomie. Dans ces conditions, on peut voir la fistulisation biliaire, en mettant un terme à la rétention, changer le tableau en quelques jours, si l'atteinte du foie, du cœur et des reins n'est pas trop profonde; et ce relèvement des forces permet au chirurgien de tenter une cholédocotomie secondaire, si

la persistance de la fistule biliaire l'indique. Mais c'est surtout quand l'obstruction cholédocienne s'accompagne de fièvre, traduisant l'infection biliaire, que la cholécystostomie préliminaire est avantageuse, par sa valeur antiseptique; les faits le montrent bien : d'une part, les succès sont en proportion plus grande pour les cholédocotomies secondaires à des fistules biliaires que pour les cholédocotomies primitives; d'autre part, une des plus fréquentes causes de mort dans les cholédocotomies primaires est l'infection péritonéale par épanchement d'une bile septique.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du* 15 *décembre.* — *Présidence de* M. DELENS.

### De la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

**M. Tuffier.** — J'ai pratiqué trois fois la gastro-entérostomie pour des ulcères de l'estomac. Dans deux cas, je suis intervenu pour combattre des hématémèses, et, dans le troisième, l'indication opératoire avait été posée en présence d'accidents péritonitiques.

Mon premier opéré était un homme de 39 ans, atteint d'hématémèses incoercibles qui l'avaient amené à un état de cachexie grave. Le ventre ouvert, je sentis au niveau de la petite courbure une portion indurée, adhérente au foie. Je fis la gastro-entérostomie, mais mon malade succomba assez rapidement à des accidents de septicémie, dont l'origine fut constatée à l'autopsie : il existait, en effet, un foyer gangreneux dans la portion du foie adhérente à l'estomac au niveau de l'ulcère gastrique.

Ma deuxième observation est relative à une femme, que je vous ai présentée guérie il a quelque temps. On avait cru à une péritonite par perforation; il s'agissait en réalité d'une péritonite de voisinage provoquée par l'ulcère de l'estomac. A la suite de la gastro-entérostomie, les vomissements ont disparu et il ne s'est plus produit le moindre accident douloureux.

Enfin, dans ma troisième observation, pratiquée chez une femme de 25 ans, pour des hématémèses incoercibles, j'ai senti une induration très nette siégeant au niveau du pylore et empiétant sur la face antérieure de l'estomac. La malade était trop cachectique pour qu'on pût songer à faire une résection, et je dus me borner à pratiquer la gastro-entérostomie. Depuis, la patiente n'a eu aucun vomissement.

Il est vraisemblable que les bons résultats fournis par cette opération, dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, sont dus à ce qu'on remédie à la rétention des aliments dans cet organe et à ce qu'on met ainsi celui-ci au repos.

### Kystes multiloculaires du cou.

**M. Walther.** — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Buffet (d'Elbeuf), relative à un cas de kyste multiloculaire du cou, observé chez une femme de 36 ans. La tumeur, irrégulièrement bosselée à sa surface, atteignait le volume d'une tête d'adulte, s'étendant dans l'apophyse mastoïde jusqu'au dessous de la clavicule. Elle comprenait un lobe postérieur allant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, un lobe antérieur recouvrant en partie la clavicule et le sternum, un lobe médian s'enfonçant derrière la fourchette sternale. Notre confrère a pratiqué l'ablation totale de la tumeur, qu'il a pu détacher assez facilement de ses adhérences aux organes voisins, excepté au niveau de la jugulaire interne qui lui adhérait fortement, et qui fut déchirée au cours de l'opération. Les suites furent simples, et la malade, qui a été opérée il y a quelques années, se porte toujours très bien.

**M. Ricard.** — Je suis intervenu, en 1890, pour un cas tout à fait identique à celui de M. Buffet. Il s'agissait d'une femme de 22 ans, que Verneuil avait traitée par des injections de teinture d'iode dans la tumeur. Celle-ci prit un accroissement rapide au cours d'une grossesse et acquit le volume d'une tête d'adulte. L'ablation fut décidée. Pour la réaliser, je dus sectionner le sterno-mastoïdien, puis je décortiquai la tumeur, qui adhérait par sa face profonde au paquet vasculo-nerveux; la jugulaire interne fut ouverte et liée. La guérison se fit sans incident.

**M. Kirmisson.** — Dans les deux cas qui viennent d'être rapportés, on est tenté de conclure en faveur d'une origine veineuse du kyste, en vertu des connexions qu'il affectait avec la jugulaire, plutôt qu'en faveur de l'origine lymphatique que l'on admet généralement aujourd'hui pour les tumeurs de ce genre.

**M. Walther.** — J'ai dû intervenir d'urgence, chez un enfant de six mois, pour une tumeur kystique du cou qui, infectée à la suite d'une ponction, avait provoqué des accidents graves de suffocation. L'examen histologique de la tumeur, que j'avais enlevée, a fait supposer qu'il s'agissait peut-être d'un kyste d'origine veineuse.

### Phlegmon périrectal à pneumocoques.

**M. Bazy.** — J'ai opéré récemment un phlegmon de la fosse ischio-rectale, qui probablement remontait même jusque dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Le pus, qui avait été recueilli, comme je le fais pour tous les abcès, a été cultivé et les résultats des cultures et des inoculations ont montré que la suppuration était due au pneumocoque. Or, il semble que nous ayons eu là affaire à une localisation isolée de ce microbe, car nous n'avons pu trouver nulle part la moindre trace d'une manifestation primitive de l'infection pneumococcique.

### Suture tendineuse par anastomose.

**M. Lejars** lit un rapport sur une observation de M. Delamare (médecin militaire), ayant trait à un cas de suture secondaire des tendons extenseurs des trois derniers doigts de la main, dans lequel ceux-ci ont été suturés aux tendons extenseurs de l'index, les bouts centraux des tendons sectionnés n'ayant pu être retrouvés; le résultat fonctionnel a été excellent.

(*Semaine médicale.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 28 décembre* 1897.

### Traitement des fractures par le massage et la mobilisation.

**M. Labbé.** — Le massage peut assurément rendre de grands services dans le traitement de certaines fractures. Mais je crois qu'il y a un danger à suivre à la lettre la doctrine de M. Lucas-Championnière.

Nous savons tous que, dans les fractures du fémur à sa partie moyenne, des os de la jambe à leurs tiers inférieur, et de l'humérus à la partie moyenne, les pseudarthroses sont fréquentes; le traitement par la mobilisation précoce ne peut donc leur être appliqué.

Je conviens, d'ailleurs, que, pour les fractures périarticulaires, comme celles du coude, le massage est excellent. Il fait disparaître les épanchements sanguins et permet l'accolement des fragments.

**M. Lucas-Championnière.** — Dans les communications que j'ai faites, il y a deux points à considérer :

1° Un principe : l'immobilisation n'est pas favorable à la réparation d'une fracture. Les pseudarthroses ne sont jamais dues à la mobilité des fragments; ainsi elles ne se produisent pas dans les fractures de côtes où l'immobilisation absolue est impossible. Donc ce n'est pas pour favoriser la réparation, mais pour empêcher les déformations que l'immobilisation pourra être employée dans certains cas.

2° J'ai dit qu'il ne fallait pas appliquer le massage à certaines fractures où la déformation peut être considérable. La mobilisation donne, en effet, une réparation rapide, mais avec un très gros cal.

M. Labbé a parlé de l'immobilisation des fractures du corps du fémur; mais il est admis aujourd'hui par presque tous les chirurgiens que le meilleur appareil pour ces fractures est celui d'Hennequin, c'est-à-dire un appareil qui permet encore la mobilité des fragments.

J'ai indiqué dans mon livre les cas auxquels s'appliquait le traitement par le massage et la mobilisation.

Pour résumer d'une façon générale ces indications, on peut dire que, toutes les fois qu'on ne craint pas la déformation et qu'on peut remplacer l'appareil immobilisateur par une mobilisation précoce, il faut recourir à ce dernier procédé.

**M. Labbé.** — L'exemple des fractures de côtes donné par M. Lucas-Championnière est mal choisi, car, dans ces fractures, les fragments, par suite de dispositions anatomiques, ne présentent pas de mobilité.

Je suis, d'ailleurs, d'accord avec M. Lucas-Championnière sur ce principe, qu'il y a des fractures à traiter par l'immobilisation et d'autres par la mobilisation.

(*Presse médicale.*)

## LES LIVRES

*Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.*

**Tableaux synoptiques de Pathologie externe**; par le Dr Villeroy. 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné, 5 fr.

Ce livre manquait dans notre littérature médicale; il vient remplir une lacune signalée depuis longtemps pour le praticien qui n'a pas le loisir de consacrer de longues heures à la recherche du renseignement qu'il désire et pour l'étudiant qui est obligé de revoir rapidement les matières sur lesquelles doit porter son examen.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe*, avec leurs caractères noirs qui se détachent en saillie, avec leurs accolades multiples qui établissent une hiérarchie dans les divisions et les subdivisions du sujet, se présentent à la vue et à l'esprit avec une netteté et une précision dont l'utilité n'échappera à personne, et qui faciliteront singulièrement la mémoire.

On peut dire que M. le Dr Villeroy a rendu un véritable service à tous ceux qui veulent embrasser d'un coup d'œil les différents aspects sous lesquels peut être étudiée telle ou telle maladie chirurgicale.

Il est vraiment extraordinaire que l'auteur ait pu faire tenir autant de matière dans un nombre aussi limité de pages et pour un prix aussi modique, et cela sans nuire à la clarté lumineuse de l'exposition.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe* trouveront auprès des praticiens et des étudiants le même succès que les *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, parus il y a un mois.

**La pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. Du shock abdominal**; par le Dr L. Tixier, 1898, 1 volume grand in-8° de 350 pages et 22 tracés. Prix : 7 fr.

*Le Rédacteur en chef Gérant :* P. Sebileau.

Paris. — Imp. de la Bourse de Commerce (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.